

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)
PLAN INDIVIDUAL DE SERVICIO
INDIVIDUAL SERVICE PLAN
(Adolescentes/Adultos)

PARTE I: IDENTIFICACIÓN					
NOMBRE		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		NÚMERO CSO	
TELÉFONO	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DDD		FECHA	
DOMICILIO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NOMBRE DEL TUTOR
NOMBRE Y TIPO DE ESTABLECIMIENTO			LUGAR DE TRABAJO/ESCUELA		
PARTICIPANTES					
INGRESO					
<input type="checkbox"/> SSI - cantidad \$ _____		<input type="checkbox"/> Seguro Social - cantidad \$ _____		<input type="checkbox"/> Sueldo - cantidad \$ _____	
<input type="checkbox"/> Otro - cantidad \$ _____		<input type="checkbox"/> Estampillas para alimentos			
PREOCUPACIONES/ADVERTENCIAS MÉDICAS					
MEDICAMENTOS Y DOSIS					
MÉDICO		TELÉFONO		FECHA DE LA ÚLTIMA VISITA	
DENTISTA		TELÉFONO		FECHA DE LA ÚLTIMA VISITA	
<input type="checkbox"/> Cupones médicos <input type="checkbox"/> Otro seguro médico (especifique):					
PARTE 2: EVALUACIÓN - NECESIDADES ACTUALES DE ASISTENCIA					
I. RESIDENCIA DE ACUERDO CON LA EDAD (RESULTADO)					
1. ¿Qué tipo de asistencia necesita la persona para identificar y responder en form segura a las emergencias?					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Necesita asistencia física total para responder a las emergencias.	Siempre necesita ayuda para identificar emergencias y responder a ellas.	Algunas veces necesita ayuda para identificar las emergencias y responder a ellas.	Identifica independientemente las emergencias; necesita ayuda de otros para responder.	No necesita ayuda de otras personas en caso de emergencia.	
2. ¿Hay alguna persona o personas, que no sean proveedores de atención, a quien esta persona pueda acudir en cualquier momento para solicitar ayuda?					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Solamente cuenta con los proveedores de atención.	Algunas veces tiene a alguien disponible.	Casi siempre tiene a alguien disponible.	Siempre tiene a alguien disponible.		

PLAN INDIVIDUAL DE SERVICIO (ADOLESCENTES/ADULTOS)

PARTE 2: EVALUACIÓN - NECESIDADES ACTUALES DE ASISTENCIA

I. RESIDENCIA DE ACUERDO CON LA EDAD (RESULTADO) (CONTINUACIÓN)

3. ¿Qué tipo de asistencia necesita la persona para poner en práctica medidas de seguridad de acuerdo con su edad?
- | | | | | |
|--|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Necesita asistencia física total para poner en práctica medidas de seguridad en las actividades y rutinas diarias. | No reconoce sus propias necesidades de seguridad y requiere ayuda en la mayoría de las áreas de seguridad. | Sabe la importancia de las medidas de seguridad. Necesita capacitación y/o asistencia física en muchas áreas. | Necesita recordatorios o capacitación específica en una o dos áreas de seguridad. | No necesita asistencia para proporcionarse seguridad. |
4. ¿Qué asistencia necesita la persona para ir al baño por sí misma como se espera de otras personas de su edad?
- | | | | | |
|---|--|---|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Necesita asistencia física total para ir al baño. | Indica la necesidad pero requiere algo de asistencia física para ir al baño. | Necesita capacitación para ir al baño por sí misma. | Necesita recordatorios. | No necesita asistencia. Puede ir al baño por sí misma. |
5. ¿Qué asistencia necesita la persona para vestirse y asearse como se espera de otras personas de su edad?
- | | | | | |
|---|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Necesita asistencia física total para vestirse y asearse. | Necesita capacitación para vestirse y asearse. | Necesita recordatorios para vestirse y asearse apropiadamente por sí misma. | Necesita ayuda con su apariencia y en el reconocimiento de estilos. | No necesita asistencia. Se viste y asea así misma de acuerdo con su edad. |
6. ¿Qué asistencia necesita la persona para comer de acuerdo con su edad?
- | | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Necesita asistencia física total para comer. | Necesita algo de asistencia física para comer. | Necesita asistencia moderada en forma de capacitación sobre el uso de utensilios y cómo comer de acuerdo con su edad. | Necesita ayuda en forma de recordatorios respecto a modales y apariencia cuando está comiendo. | No necesita asistencia. Come de acuerdo con su edad. |
7. ¿Qué asistencia necesita la persona para preparar comidas nutritivas para ella misma y para otros?
- | | | | | |
|--|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Necesita que otras personas preparen totalmente sus comidas. | Con supervisión completa y algo de asistencia física, la persona puede seleccionar y preparar algunas comidas. | Con los ingredientes disponibles prepara para el desayuno y el almuerzo comidas nutritivas sencillas que satisfacen sus necesidades de nutrición. | Con supervisión planea, compra y prepara las comidas nutritivas más complejas que más le gustan. | No necesita asistencia. Planea, prepara comidas nutritivas (es posible que tenga un ambiente adaptado). |

PLAN INDIVIDUAL DE SERVICIO (ADOLESCENTES/ADULTOS)

PARTE 2: EVALUACIÓN - NECESIDADES ACTUALES DE ASISTENCIA

I. RESIDENCIA DE ACUERDO CON LA EDAD (RESULTADO) (CONTINUACIÓN)

8. ¿Qué asistencia necesita la persona para realizar tareas domésticas de acuerdo con su edad?
- | | | | | |
|--|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Necesita asistencia física. Todas las tareas domésticas las realizan otras personas. | Necesita asistencia física y supervisión en el desempeño de todas las tareas domésticas. | Necesita asistencia moderada en forma de capacitación para algunas de las tareas domésticas. | Con supervisión e indicaciones, completa todas las tareas domésticas. | No necesita asistencia para realizar las tareas domésticas diarias (es posible que tenga un ambiente adaptado y/o asistencia física). |
9. ¿Qué asistencia necesita la persona para administrar su propio dinero con aptitudes correspondientes a su edad?
- | | | | | |
|--|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otra persona debe administrar el dinero de la persona. | Otra persona debe planificar y supervisar muy cuidadosamente la administración del dinero. | Con supervisión semanal la persona planea y administra el dinero. | Necesita supervisión periódica de su presupuesto. | No necesita asistencia para administrar dinero. |
10. ¿Qué asistencia necesita la persona para hacer compras de acuerdo con su edad?
- | | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otra persona debe hacer todas las compras. | Otra persona debe supervisar cuidadosamente todas las compras. | Con supervisión semanal la persona hace las compras por sí misma. | Necesita supervisión periódica para decidir dónde, cuándo y cuánto gastar. | No necesita asistencia del sistema para hacer compras. |
11. ¿Qué asistencia necesita la persona para relacionarse más efectivamente con sus compañeros de trabajo y/o estudiantes?
- | | | | | |
|--|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Necesita la asistencia física de otros en forma de comunicación con otros a fin de interactuar con sus compañeros. | Necesita intervención física en forma de ejemplos que permita a la persona acercarse a sus compañeros para dar y recibir asistencia. | Necesita mucho estímulo, supervisión y guía sobre la manera de dar y pedir asistencia e interactuar con sus compañeros. | Necesita poca asistencia en forma de estimulación para iniciar la interacción con otros trabajadores/estudiantes. | Sin asistencia la persona se relaciona con otros como un miembro valioso de la unidad de trabajo/aprendizaje. |

PLAN INDIVIDUAL DE SERVICIO (ADOLESCENTES/ADULTOS)

PARTE 2: EVALUACIÓN - NECESIDADES ACTUALES DE ASISTENCIA

II. SALARIO MÍNIMO DEVENGADO (RESULTADO)

12. ¿Qué asistencia necesita la persona para relacionarse más efectivamente con su(s) supervisor(es) y/o maestro(s)?

- | | | | | |
|--|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| El supervisor debe iniciar todos los contactos referentes a la instrucción y logros en el trabajo. | Necesita asistencia significativa para relacionarse con su supervisor. Reconoce la autoridad pero necesita intervención diaria para aprender lo que hace un supervisor y cómo usar a esa persona. | Necesita asistencia moderada para relacionarse con el supervisor. Reconoce el papel del supervisor pero necesita instrucción significativa sobre cómo y cuándo usar apropiadamente la supervisión. | Necesita poca asistencia en forma de supervisión para solicitar apropiadamente instrucciones, seguir instrucciones de trabajo y buscar maneras de conciliar diferencias. | No necesita asistencia. Se relaciona apropiadamente con el supervisor/ maestro; proseguir por ejemplo: busca apropiadamente ayuda del supervisor; acepta supervisión y dirección y prosigue las instrucciones de trabajo. |

13. ¿Qué asistencia necesita la persona para responsabilizarse a llegar puntualmente al trabajo o a la escuela?

- | | | | | |
|-----------------------------------|---|--|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Requiere asistencia física total. | Con asistencia significativa de otra persona, en algunas pero no todas las actividades, la persona llega puntualmente al trabajo/escuela. | Con asistencia moderada en forma de algo de capacitación y algo de asistencia física, la persona asume su responsabilidad. | Necesita algo de supervisión para asegurar que la asistencia física está funcionando o que la capacitación continúa siendo efectiva. | No necesita asistencia. |

14. ¿Qué asistencia necesita la persona como adulto para ganar al menos el salario mínimo?

- | | | | | |
|--------------------------------|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| No trabaja. No desea trabajar. | El sistema actual es incapaz de resolver problemas de incapacidades médicas o físicas significativas de la persona para asegurar destrezas laborales redituables. | Se requiere asistencia significativa para que la persona conserve su trabajo profesional. Se necesita una capacitación a nivel personal en nuevas tareas que se dividan sistemáticamente y que se realicen en pasos secuenciales para desarrollar aptitudes útiles para el mercado laboral. | Necesita la identificación de sus intereses y aptitudes útiles para el mercado laboral y capacitación especializada. Es posible que también necesite modificaciones ambientales o un instrumento específico de adaptación. | Ha identificado sus propias destrezas laborales redituables/ opciones profesionales; necesita asistencia especial en el mercado de trabajo típico para identificar y obtener un trabajo específico.
<input type="checkbox"/>
Ha identificado destrezas laborales redituables/ profesionales y está en el nivel adecuado de edad para encontrar un empleo. |

PLAN INDIVIDUAL DE SERVICIO (ADOLESCENTES/ADULTOS)

PARTE 2: EVALUACIÓN - NECESIDADES ACTUALES DE ASISTENCIA

III. CONTACTOS/RELACIONES DE ACUERDO CON LA EDAD (RESULTADO)

15. ¿Qué asistencia necesita la persona para establecer relaciones con los miembros de su familia, de acuerdo con su edad?

Esta persona no tiene familia.

Las oportunidades de contribuir a la vida familiar dependen totalmente de otras personas, para mantener e interpretar el papel de la persona en la familia.

Requiere asistencia significativa en forma de creación de oportunidades diarias/semanales para que se le considere como un miembro contribuyente de la familia.

Requiere asistencia moderada en forma de un instrumento de adaptación, capacitación y recordatorios para que se le considere como un miembro contribuyente de la familia.

Necesita poca asistencia para considerarse y que se le considere como un miembro contribuyente de la familia.

No necesita asistencia para establecer relaciones familiares positivas.

16. ¿Qué asistencia necesita la persona para establecer amistad con otras personas, inclusive con personas sin incapacidades que no pertenezcan a la familia?

Las oportunidades de establecer relaciones son totalmente dependientes de la ayuda física de otros para iniciar y mantener contacto y comunicarse con otros.

Requiere asistencia diaria para asegurarse que la persona no sea considerada por otros y por ella misma como muy diferente a los demás ni/o como más joven y dependiente.

Requiere estímulo semanal para acercarse a otros con el objeto de establecer relaciones típicas de una persona de su edad.

Inicia, establece y participa en relaciones típicas en las cuales la persona necesita asistencia mínima a fin de aprovechar una variedad de oportunidades para considerarse, o que se le considere como un miembro contribuyente en dichas relaciones.

No necesita asistencia. Tiene una variedad de oportunidades para iniciar, formar y participar en relaciones que son típicas de las personas de su edad. (La persona asume papeles típicos que son valiosos para ella y para otros.)

17. ¿Qué asistencia necesita la persona para utilizar recursos típicos de la comunidad (inclusive sus momentos de ocio) de acuerdo con su edad?

Necesita asistencia física total para seleccionar, planificar y usar recursos típicos.

Necesita asistencia significativa en forma de instrucción individualizada y supervisión continua de la participación.

Necesita asistencia moderada en forma de instrucción y supervisión periódica.

Necesita asistencia mínima en forma de información y estímulo para planear y usar los recursos.

No necesita asistencia, utiliza los recursos típicos integrados de la comunidad de acuerdo con su edad.

PLAN INDIVIDUAL DE SERVICIO (ADOLESCENTES/ADULTOS)

PARTE 2: EVALUACIÓN - NECESIDADES ACTUALES DE ASISTENCIA

III. CONTACTOS/RELACIONES DE ACUERDO CON LA EDAD (RESULTADO) (CONTINUACIÓN)

<p>18. <input type="checkbox"/> ¿Qué asistencia necesita la persona para utilizar el sistema general de transporte de la comunidad.</p> <p><input type="checkbox"/> Requiere transporte especializado con adaptaciones significativas para todas las actividades.</p>	<p><input type="checkbox"/> Necesita asistencia especializada para su transporte a todas las actividades (incluye capacitación o supervisión intensiva a nivel personal.)</p>	<p><input type="checkbox"/> Necesita asistencia moderada para usar los sistemas típicos de transporte; por ejemplo: supervisión de asistencia de capacitación.</p>	<p><input type="checkbox"/> Necesita poca asistencia para usar el sistema de transporte en situaciones no familiares.</p>	<p><input type="checkbox"/> No necesita asistencia. Utiliza el sistema de transporte de acuerdo con su edad.</p>
<p>19. <input type="checkbox"/> ¿Qué asistencia necesita esta persona para comportarse de manera que favorezca su inclusión?</p> <p><input type="checkbox"/> Necesita mucha tolerancia y control. Podría incluir que es peligrosa para sí misma y/o para otros.</p>	<p><input type="checkbox"/> Necesita importantes modificaciones en su conducta para que se le perciba como una persona típica. El comportamiento de la persona es extremadamente desagradable para otros.</p>	<p><input type="checkbox"/> Necesita participar en ambientes típicos con otras personas no incapacitadas para copiar comportamientos deseables. El comportamiento de la persona ocasiona que se le reconozca fácilmente como una persona diferente.</p>	<p><input type="checkbox"/> Necesita interacción con personas no incapacitadas. El comportamiento de la persona es diferente a la de otros en pequeños detalles y es posible que no se perciba inmediatamente que la persona es diferente.</p>	<p><input type="checkbox"/> No necesita asistencia. Su comportamiento es similar al de otras personas de la comunidad en general, de la misma edad y cultura.</p>
<p>20. <input type="checkbox"/> ¿Qué asistencia necesita la persona para hacer aquellos arreglos que satisfagan sus propias necesidades de terapia y salud?</p> <p><input type="checkbox"/> La persona necesita la intervención de profesionales médicos al menos una vez al día.</p>	<p><input type="checkbox"/> La persona necesita asistencia diaria/semanal frecuente y/o supervisión por otras personas capacitadas.</p>	<p><input type="checkbox"/> Necesita supervisión constante respecto a salud, e instrucciones sobre cómo atender sus propias necesidades de salud. Es posible que necesite algo de asistencia física.</p>	<p><input type="checkbox"/> Necesita supervisión ocasional (mensual o con menos frecuencia) sobre sus necesidades de salud, recordatorios.</p>	<p><input type="checkbox"/> No necesita asistencia. La persona satisface sus propias necesidades de salud.</p>

PLAN INDIVIDUAL DE SERVICIO (ADOLESCENTES/ADULTOS)

NOMBRE

FECHA

PARTE 3

RESULTADO	META A CORTO PLAZO	SERVICIOS/MÉTODOS	FACILITADOR	PLAN DE SUPERVISIÓN



**PLAN INDIVIDUAL DE SERVICIO
(Adolescentes/Adultos)
SOLICITUD DE AUDIENCIA**
Conforme el Capítulo 388-02 para reglamentos de
audiencia de DSHS

FOR AGENCY USE ONLY

Oral request taken by:

NAME

TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

ENVIAR POR CORREO A: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

FAX: 360-586-6563

Solicito una audiencia debido a que no estoy de acuerdo con el siguiente servicio o decisión del proveedor de la División Servicios para Personas con Impedimentos al Desarrollo (DDD):

SU NOMBRE (ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE)

FECHA DE NACIMIENTO

DOMICILIO DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA AUDIENCIA

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA EL
CÓDIGO DE ÁREA)

TELÉFONO PARA MENSAJES

Se me notificó sobre la decisión el: _____ **Por:** _____
FECHA NOMBRE Y UBICACIÓN DE LA OFICINA DE DSHS

Deseo recibir asistencia continua, si fuera elegible: Sí No Programa: _____

Me representa (si fuera a representarse a sí mismo, no complete las siguientes dos líneas):

NOMBRE DE SU REPRESENTANTE

ORGANIZACIÓN

NÚMERO DE TELÉFONO

DOMICILIO CALLE

CIUDAD

ESTADO CÓDIGO POSTAL

Autorizo la cesión de información sobre mi audiencia a mi representante.

SU FIRMA

FECHA

¿Necesita un intérprete u otro tipo de asistencia o arreglo para la audiencia? Sí No

De ser así, ¿qué idioma o qué tipo de asistencia? _____

Los jueces de ley administrativa (ALJ) podrían llevar a cabo algunas audiencias por teléfono. Si desea cambiar a una audiencia personal, siga las instrucciones en el Aviso de Audiencia que la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH) le enviará por correo.